

Traitement Chirurgical de la Maladie Hémorroïdaire: Indications et Résultats au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général Idrissa Pouye

*Abib Diop
Ibrahima Ka
Aliou Coly Faye
Mariane Ndiaye
Saër Diop
Jean Marc Ndoye
Papa Saloum Diop*

Service de Chirurgie Générale, Hôpital général Idrissa Pouye.
Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

[Doi: 10.19044/esipreprint.7.2023.p239](https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2023.p239)

Approved: 17 July 2023
Posted: 19 July 2023

Copyright 2023 Author(s)
Under Creative Commons BY-NC-ND
4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Diop A., Ka I., Faye A.C., Ndiaye M., Diop S., Ndoye J.M. & Diop P.S. (2023). *Traitement Chirurgical de la Maladie Hémorroïdaire: Indications et Résultats au Service de Chirurgie Générale de l'Hôpital Général Idrissa Pouye*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.7.2023.p239>

Resume

Introduction: La maladie hémorroïdaire est une pathologie bénigne due à une anomalie des plexus hémorroïdaires. Sa prise en charge peut être médicale, instrumentale et/ou chirurgicale. Patients et méthodes: Le but de ce travail était de préciser les indications et les résultats de l'hémorroïdectomie dans notre pratique. Nous avons réalisé une étude rétrospective allant de Janvier 2010 à Décembre 2015. Quatre-vingt-un dossiers étaient colligés au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. Tous les patients avaient bénéficié d'un traitement chirurgical à type d'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan. Résultats: Il s'agissait de 58 hommes et 23 femmes dont l'âge moyen était de 42,4 ans avec des extrêmes de 18 et 84 ans. Le tableau clinique était dominé par la rectorragie avec 41 patients (50,6%) suivie de la douleur anale chez 37 patients (45,7). Les indications opératoires étaient les formes évoluées (stade 3 et 4), les formes résistant au traitement médical, les formes compliquées ou associées à une

fistule ou fissure. L'hémorroïdectomie selon Milligan et Morgan était la technique la plus utilisée chez 63 patients (78%). Soixante-deux malades (76,5%) ont eu des suites immédiates simples. Quatorze cas de douleur anale résiduelle (16%), deux cas d'hémorragie (2,5%) et quatre cas de rétention d'urine (4,9%) ont été notés. A un an de suivi, quatre patients (4,9%) présentaient une sténose anale et deux patients (2,5%) avaient un retard de cicatrisation. Aucun cas de récurrence n'a été enregistré et la mortalité était nulle dans notre série. Conclusion: La MH est une pathologie bénigne. La chirurgie garde une place très importante dans la prise en charge et elle donne de très bons résultats avec une morbidité faible.

Mots-clés: Maladie hémorroïdaire ; hémorroïdectomie ; Milligan et Morgan

Surgical Treatment of Hemorrhoidal Disease: Indications and Results in the general surgery department of the Idrissa Pouye General Hospital

*Abib Diop
Ibrahima Ka
Aliou Coly Faye
Mariane Ndiaye
Saër Diop
Jean Marc Ndoye
Papa Saloum Diop*

Service de Chirurgie Générale, Hôpital général Idrissa Pouye.
Faculté de Médecine, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Abstract

Introduction: Hemorrhoidal disease is a benign condition caused by an abnormality of the hemorrhoidal plexuses. Its management can be medical, instrumental and / or surgical. **Patients and methods:** The aim of this work was to clarify the indications and outcomes of hemorrhoidectomy in our practice. We conducted a retrospective study from January 2010 to December 2015. Eighty-one cases were collected at the general surgery department of the Idrissa Pouye General Hospital. All patients had undergone surgical treatment such as hemorrhoidectomy according to Milligan and Morgan. **Results:** There were 58 men and 23 women with a mean age of 42.4 years and extremes of 18 and 84 years. The clinical picture was dominated by rectal bleeding in 41 patients (50.6%) followed by anal pain in 37 patients (45.7%). The indications for surgery were advanced

forms (stage 3 and 4), forms resistant to medical treatment, complicated forms or those associated with a fistula or fissure. The hemorrhoidectomy according to Milligan and Morgan was the most used technique in 63 patients (78%). Sixty-two patients (76.5%) had simple immediate after-effects. Fourteen cases of residual anal pain (16%), two cases of bleeding (2.5%) and four cases of urine retention (4.9%) were noted. At one year follow-up, four patients (4.9%) had anal stenosis and two patients (2.5%) had delayed healing. There were no cases of recurrence and no mortality in our series. Conclusion: Hemorrhoidal disease is a benign pathology. Surgery is still very important in the management of this disease and it gives very good results with a low morbidity.

Keywords: Hemorrhoidal disease; hemorrhoidectomy; Milligan and Morgan

Introduction

Les hémorroïdes sont des structures anatomiques vasculaires normales présentes au niveau du canal anal dès la vie embryonnaire. Sous l'action de plusieurs facteurs, ces hémorroïdes peuvent donner lieu à des manifestations cliniques, c'est la maladie hémorroïdaire (MH), faite essentiellement de douleurs, de rectorragies et de prolapsus (Diarra, 2015 ; Niass, 2009) [1,2]. Son traitement fait appel en effet à de nombreux moyens : médicaux, instrumentaux et chirurgicaux.

Le but de notre étude était de préciser les indications et les résultats de l'hémorroïdectomie au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa POUYE.

Patients et methodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur les dossiers de patients opérés de maladie hémorroïdaire isolée ou associée à une pathologie anale allant de Janvier 2010 à Décembre 2015 au service de chirurgie générale de l'hôpital général Idrissa Pouye. L'analyse des données était effectuée à partir du logiciel SPSS (Statistical Package for Science Social) version 18. Les paramètres étudiés étaient : cliniques, paracliniques, les indications opératoires, les techniques chirurgicales et les suites opératoires.

Resultats

Quatre-vingt-un dossiers de patients avaient été colligés, comportant 58 hommes (72%) et 23 femmes (28%) soit un sex-ratio de 2,5. L'âge moyen des patients était de 42,4 ans avec des extrêmes de 18 et 84 ans. La constipation était le principal facteur de risque retrouvé chez 42 patients (51,8%) suivi de la position assise au travail chez 15 patients (18,5%). Les

motifs de consultations étaient dominés par l'association douleur anale et rectorragie et sont résumés dans le tableau I.

Tableau I. Répartition des motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectif	Pourcentage
Douleur anale	14	17,3
Prolapsus	10	12,3
Rectorragie	14	17,3
Douleur + rectorragie	20	24,7
Prolapsus + rectorragie	4	4,9
Douleur + prolapsus + rectorragie	3	3,7
Non précisé	16	19,8

L'endoscopie digestive basse était réalisée chez 69 patients. Elle avait retrouvé une MH grade 3 selon GOLIGHER chez 36 patients (52,2% des cas) (tableau II).

Tableau II. Répartition selon le stade de la MH

Stades	Nombre	Pourcentage
Stade 1	1	1,4
Stade 2	8	11,6
Stade 3	36	52,2
Stade 4	24	34,8
Total	69	100

La MH classée stade 3 constituait la principale indication opératoire (tableau III).

Tableau III. Répartition selon les indications chirurgicales

Indications chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Echec du traitement médical	2	2,5
Thrombose hémorroïdaire	3	3,7
MH stade 3	36	44,4
MH stade 4	24	29,6
MH + fistule anale	8	9,9
MH + fissure anale	6	9,7
Total	81	100

Dans notre étude, l'hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan (MM) était la plus utilisée chez 63 patients (78% des cas). Tous les patients ont bénéficié au moins d'un traitement antalgique de palier 1 en post-opératoire.

Parmi les patients opérés, 19 ont présenté une complication post opératoire immédiate soit 23,5% répartie comme suit : 13 cas de douleur anale résiduelle soit 16% ; 2 cas d'hémorragie soit 2,5% ; 4 cas de rétention d'urine soit 4,9%.

Après un suivi jusqu'à un an, nous avons eu 4 cas de sténose anale soit 4,9% et aucun cas de récurrence n'a été enregistré.

Discussion

La MH est une pathologie fréquente chez les adultes jeunes en Afrique. L'âge moyen de nos patients était comparable à celui des séries de Diarra au Mali (Diarra, 2015) et de Niass (Niass, 2009) au Sénégal.

Le sexe n'est pas un facteur de risque (Ng KH, 2006). Dans notre étude nous avons trouvé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2,5. Ceci pourrait s'expliquer par les réalités socio-économiques et culturelles comme la pudeur des femmes dans notre contexte.

Les facteurs favorisants de la MH sont nombreux et divers. Ils ont tous en commun l'augmentation de la pression abdominale qui ralentirait le reflux sanguin dans la veine rectale supérieure (Pigot, 2005). Comme dans notre série, plusieurs auteurs ont retrouvé la constipation comme facteur favorisant le plus fréquent de la MH (Dembélé, 2010).

La rectorragie constituait le principal motif de consultation chez nos patients. Cette fréquence élevée est rapportée par plusieurs auteurs (Dia, 2006 ; Ele, 2007). En effet, Godeberge montre que dans 10% d'une population adulte présentant un saignement minime par voie anale, les 70 à 80 % des cas de ces saignements sont dus à des hémorroïdes (Godeberge, 2005). La douleur anale vient en seconde position avec une fréquence de 45,7% comme dans la série de Niass. La proctalgie est un signe fréquent dans les affections ano-rectales (Maiga, 1995). Ces symptômes principaux ne sont pas spécifiques de la pathologie hémorroïdaire (Mariko, 2003).

La prédominance des stades 3 et 4 retrouvée dans notre série (70 patients) est la même que dans la série de Niass contrairement aux séries de Ba (Ba, 2005) et Kassé (Kassé, 2004) où ce sont les stades moins avancés (stade 1+2) qui prédominent. Cette différence peut s'expliquer par le biais de recrutement des patients par ces derniers auteurs qui se faisait en milieu endoscopique. En fait les patients consultent souvent en chirurgie qu'à un stade très avancé.

Le traitement chirurgical concernait les patients porteurs de la MH surtout au grade 3 et 4 et chez les patients grade 2 résistant à un traitement médical bien mené ou associant une fissure ou une fistule anale (Bikhchandani, 2005). La technique de Milligan et Morgan a été la plus réalisée durant notre étude avec 78% des cas (figures 1 et 2). C'est la technique de référence en Afrique et en Europe, permettant ainsi de traiter en même temps les lésions associées, comme recommandé dans la littérature (Kim, 2013). Cependant d'autres auteurs comme Basdanis et Racalbutto n'utilisaient cette technique que chez la moitié de leurs patients du fait de

leur utilisation d'autres techniques comme celle de Longo (Basdanis, 2005 ; Racalbutto, 2004).



Figure 1. Exposition triangulaire des paquets



Figure 2. Aspect final avec les ponts muqueux

Les complications immédiates étaient surtout constituées de la douleur chez 3 patients. En effet, l'hémorroïdectomie de type Milligan Morgan a la réputation d'être douloureuse du fait des larges zones de dissection laissées à nues dans la région péri-anale très innervée (Milligan, 1937). La douleur chez nos patients a été bien calmée par un protocole antalgique palier 2. La rétention d'urine a été retrouvée chez 4 patients. C'est une complication qui survient souvent quelques heures en post opératoire et est liée à un phénomène reflexe (Senejoux, 2008). Elle est décrite dans la littérature comme une complication des hémorroïdectomies dans 3 à 33% des cas (Sielezneff, 1997). Nos patients ont bénéficié d'un sondage urinaire avec une bonne évolution. L'hémorragie était la moins fréquente avec 2 cas (2,5%) comme dans la littérature (Touzin, 2006). Ainsi Cheng préconise une ligature correcte et haute des pédicules vasculaires pour éviter cette complication (Cheng, 1981). La sténose anale est retrouvée dans plusieurs études comme c'est le cas de Niass et Ele avec des fréquences respectives de

8,16% et 3,6%. Nos 4 cas de sténose ont été diagnostiqués précocement et ont juste bénéficié de dilation périodique avec une bonne amélioration clinique. Plusieurs auteurs pensent qu'elle est favorisée par trois facteurs : une exérèse muqueuse excessive due à une ligature en monobloc du paquet hémorroïdaire, une hypertonie sphinctérienne observée chez certains patients de sexe féminin, une cicatrisation trop rapide notée chez certains [Arnous, 1971 ; Dissard, 1977). La récurrence fait partie des complications à craindre lors d'une hémorroïdectomie. Elle a été décrite dans la littérature avec une fréquence allant de 0 à 2% (Denis, 1999). Nous n'avons enregistré aucun cas de récurrence dans notre série comme c'est le cas de Niass au Sénégal.

Conclusion

La MH est une pathologie bénigne diagnostiquée par un examen proctologique complet. La chirurgie garde une place très importante dans la prise en charge et elle donne de très bons résultats avec une morbidité faible.

Conflits d'intérêt : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs : tous les auteurs ont contribué à la rédaction et aux corrections de cet article sous la supervision du Pr Papa Saloum DIOP.

References:

1. Diarra M, Kassambara Y, Tounkara M, Sangaré D. (2015). La maladie hémorroïdaire interne au centre d'endoscopie digestive au CHU Gabriel Touré de Bamako. *Mali Méd* ; 30 (3) : 38-41.
2. Niass A. (2009). Traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon la technique de Milligan et Morgan à propos de 100 cas colligés au service de chirurgie générale de l'hôpital Aristide le Dantec [Thèse de Médecine]. Dakar: Université Cheikh Anta Diop; n°75.
3. Ng KH, Ho KS, Ooi BS, DE Saveur CL, Kilowatt E. (2006). Experience of 3711 stapled haemorrhoidectomy operations. *Br J Surg* ;93(4);507.
4. Pigot F, Siproudhis L, Allaert FA. (2005). Risk factors associated with hemorrhoidal symptoms in specialized consultation. *Gastroenterol Clin Biol* ; 29(12):1270-1274.
5. Dembélé KS. (2010). Etude de la maladie hémorroïdaire dans le service de chirurgie générale de l'hôpital Somine Dolo de Mopoti [Thèse de médecine]. Bamako : Université de Bamako.
6. Dia D, Mbengue M, Ba A, Diouf ML, Bassene ML, Pouye A. (2006). Maladie hémorroïdaire à Dakar : Aspects épidémiologiques, cliniques et endoscopiques à propos de 168 cas. *Dakar Méd* ;51(3):161-164.

7. Ele N, Okiemy G, Chocolat R, Ibamba-Ikassi A, Note-Madzele M, Massengo R. (2007). Résultats du traitement chirurgical de la maladie hémorroïdaire selon la technique de Milligan – à propos de 56 cas. *Mali Médical* ; 22(2):58-60.
8. Godeberge P. Maladie hémorroïdaire : prise en charge. (2005). *Décision thérapeutique en médecine générale*;25:33-38.
9. Maiga MY, Traoré HA, Diallo G, Dembélé K, Kalle A, Dembélé M. (1995). Étude épidémiologique de la pathologie anale au Mali. *Méd Chir Digest*; 24(5): 269-270.
10. Mariko H. Etude des hémorroïdes en chirurgie « B » au CHU du point G à propos de 152 cas [Thèse de Médecine]. Bamako : Université de Bamako; 2003-n°79.
11. Ba A. (2005). La maladie hémorroïdaire au Sénégal : Etude épidémiologique, clinique, endoscopique, thérapeutique et évolutive [Thèse de Médecine]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop.
12. Kasse M. (2004). La pathologie digestive basse à l'hôpital Aristide Le Dantec : à propos de 2 583 examens endoscopiques effectués de 1997 à 2001 [Thèse Médecine]. Dakar : Université Cheikh Anta Diop; n°09.
13. Bikhchandani J, Agarwal PN, Kant R, et al (2005). Randomized controlled trial to compare the early and mid-term results of stapled versus open hemorrhoidectomy. *Am J Surg* 189: 56–60
14. Kim JS, Vashist YK, Thielges S. (2013). Stapled Hemorrhoidopexy Versus Milligan–Morgan Hemorrhoidectomy in Circumferential Third-Degree Hemorrhoids: Long-Term Results of a Randomized Controlled Trial. *J Gastrointest Surg* 17: 1292–8
15. Basdanis G, Papadopoulos VN, Apostolidis S, Harlaftis N. (2005). Randomized clinical trial of stapled haemorrhoidectomy vs open with Ligasure for prolapsed piles. *Surg Endosc*; 19(2):235-239.
16. Racalbutto A, Aliotta I, Corsaro G, Lanteri R, Di Cataldo A, Licata A. (2004). Haemorrhoidal stapler prolapsectomy vs Milligan-Morgan haemorrhoidectomy: a long-term randomized trial. *Int J Colorectal Dis*; 19(3):239-244.
17. Milligan ECT, Morgan CN, Jones L, Officier R. (1937). Surgical anatomy of the anal canal, and the operative treatment of haemorrhoids. *The Lancet*; 230(5959):1119-1124.
18. Senejoux A. Chirurgie des hémorroïdes: Quelles suites opératoires. *Ann Chir* 2008 ; 136 : 635-742.
19. Sielezneff I, Lecuyer J, Brunet C, Sarles JC, Sastre B. (1997). Morbidité post-opératoire précoce après hémorroïdectomie selon la technique de Milligan et Morgan : Une étude rétrospective de 1134 cas. *J Chir* ;134(5-6):243-247.

20. Touzin E, Hegge S, Mckinley C. Early experience of stapled haemorrhoidectomy in a community hospital setting. *Can J Surg* 2006; 49(5): 316-320.
21. Cheng FCY, Saum DWP, Ong GB. The treatment of second degree haemorrhoids by injection, rubber band ligation, maximal dilatation and haemorrhoidectomy: a prospective clinical trial. *Aust N Z J Surg* 1981; 51(5): 458-462.
22. Arnous J, Parnaud E, Denis J. (1971). Une hémorroïdectomie de sécurité. A propos de 3000 interventions. *Presse Méd*; 79(3) : 87-90.
23. Dissard P, Bouchet A. Risque de rétrécissement et d'anus douloureux post hémorroïdectomie à la St-Marks. (1977). Leur traitement. Leur prévention. *Lyon Médical*; 237 : 767-773.
24. Denis J, Ganansia J, Puy-Montbrun T. (1999). *Proctologie Pratique*. Paris : Masson.